
Diagnóstico de la tuberculosis en la primera infancia

Por el Dr. Emilio Castañeda.

En los Centros de Higiene Infantil, en donde concurren niños enfermos en proporción todavía muy alta, se ha aprovechado este alto contingente de enfermos para estudiar y conocer el grado, proporción y modalidades de muchos de los males que padecen. De tiempo atrás se han hecho estudios y publicado artículos relativos a la heredo-sífilis, a trastornos endocrínicos, a la bronconeumonía, la colitis mucosa hemorrágica, las diarreas en sus distintas formas, al raquitismo, los hidróceles congénitos, la enfermedad celíaca, etc. etc.

La tuberculosis en la primera infancia es un problema sobre el cual tanto en los Centros de Higiene como fuera de ellos muy poco se ha estudiado o por lo menos poco se ha escrito o publicado en nuestro medio. ¿Qué conocemos de H) tuberculosis en nuestros niños de la primera infancia? ¿En qué proporción son infectados? ¿Qué formas clínicas predominan? ¿No hay alguna particularidad en la tuberculosis de nuestros niños? ¿Qué medidas profilácticas instituirnos? ¿Qué colaboración tienen los servicios de higiene infantil y fisiología? ¿Qué terapéutica instituímos y con qué resultado? ¿Qué porcentaje de mortalidad determina? Son estos unos cuantos de los

muchos problemas que: iniciados unos y otros y aun no abordados, "debemos y podemos resolver y se estudia. conoce y comprendo «el mal en cuestión, en todas sus fases.

El primer problema es saber reconocer el mal, identificarlo, diagnosticarlo, y este primer problema debe ser resuelto en todas las clases sociales. Es natural que la táctica diagnóstica sea distinta en los diferentes medios sociales y es por esto que en la presente nota me limitaré tan solo a indicar el programa de acción que inicié con este propósito, en el Centro de Higiene Infantil de Guadalupe Hidalgo y que he seguido en el "Juan María Rodríguez" y a hacer algunas, muy ligeras consideraciones, acerca de la importancia del diagnóstico y del valor de los diversos recursos con que podemos contar, y que, dadas nuestras posibilidades y elementos creo factible de poner en juego en los demás Centros de Higiene,

¿Por que debe diagnosticarse?

Porqué para conocer las diferentes fases del mal se necesita primero afirmar su existencia; . porque se acepta casi universalmente que es un padecimiento que se contrae en los primeros años de la vida, tan es así que se

le ha considerado como una enfermedad de la infancia; porque es en esta edad donde mejor puede estudiarse su etiología y patogenia y donde más eficaces son las medidas profilácticas; porque en el niño de la primera infancia este mal debe presentarse con caracteres clínicos más puros ya que la superposición de males en esta edad es mucho menos frecuente que en el adulto; porque diagnosticadas las formas iniciales o floridas del mal, pueden prevenirse las formas avanzadas: porque diagnosticado el mal y conocido el foco de contagio puede evitarse la infección de los demás niños que viven en el mismo medio; porque conocido el mal y separado el enfermo del medio bacilífero o tuberculígeno, se evitarán para él, el papel tan agravante en este mal, de las reinfecciones sostenidas y porque se ha afirmado que la tuberculosis no es un problema en la morbilidad y mortalidad infantil en nuestro medio. Ojalá y así sea, sólo que siendo esto un juicio a priori, so-

lo el conocimiento y estudio del mal en todas sus modalidades y con todos los recursos diagnósticos, nos conducirán a una conclusión cierta a este respecto.

La conducta que he seguido con este fin ha sido diferente según que se trate de niños de primer ingreso o de aquellos que ya han sido atendidos y vigilados con anterioridad.

Niño de primer ingreso. Comienzo por recomendar a la enfermera que hace los interrogatorios, dar una importancia mayor que la concedida de ordinario a los antecedentes tuberculosos de los padres y hacer extensiva esta investigación a toda persona que habite con el niño; tío?; hermanos, abuelos y criados, y no reducir la búsqueda a la localización pulmonar del mal sino ampliarla a la ósea, articular y ganglionar, formas las más factibles de descubrir por interrogatorio. Si los datos recogidos dan motivo a sospechar la existencia del mal en alguna o en algunas de las personas en contacto permanente o fre-

cuenta con el niño, ordeno a la Enfermera Visitadora una investigación más detenida y ya en el medio familiar y doméstico, conocer las condiciones del presunto enfermo; saber si ha sido atendido médicamente y si es así, qué diagnóstico se le ha hecho, qué terapéutica ha seguido; si se le ha practicado examen de esputo y con qué resultado o si concurre a algún Dispensario Antituberculoso. Si el resultado de esta visita refuerza o confirma la sospecha, procuro que ya sea solo o mejor acompañado por la Visitadora; concurra el paciente o sospechoso a un Dispensario Antituberculoso y en uno y otro caso, obtener si es posible por escrito, del Médico que lo estudie, el resultado de la exploración. El valer que doy a la comprobación de un foco de contagio es de primer orden. Siguiendo el estudio del niño conforme a los datos de las hojas clínicas que se llevan en los Centros, concedo importancia a los padecimientos anteriores y en especial al sarampión, coqueluche, difteria, bronquitis de repetición y a la gripa epidémica. Quiero hacer notar, que en las hojas que empleamos, no existe, claramente marcado este capítulo: ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. En cuanto a las consideraciones derivadas del **interrogatorio del estado actual y del examen físico**, las expondré al tratar del caso de niños ya inscritos, estudiados, vigilados y tratados.

Cualquiera que sea el resultado del total de estas investigaciones, sistemáticamente práctico la cutireacción en los niños de primer ingreso y anoto en la hoja clínica la fecha en que se practicó y el resultado de la prueba subrayando con lápiz rojo cuando el resultado es positivo.

Si con antecedentes negativos la prueba es también negativa, abandono toda otra investigación en tanto que el niño no presente otro estado nuevo que lo haga sospechoso.

Si confirmada la existencia de un foco de contagio, el resultado de la cutireacción es negativa, además de recomendar y procurar la separación del niño del foco de contagio, cosa por otra parte casi imposible de realizar es el medio social *que* considero cuando es la madre infectada y el niño menor de un año; practico cutireacciones en serie, cada mes.

En niños con antecedentes positivos o negativos, pero con reacción positiva, o con cutireacción negativa pero con confirmación plena de foco de contagio en su ambiente, mando practicar un examen radiológico del tórax. Este **examen** para que tenga valor, debe ser practicado según reglas precisas, con una técnica perfecta y una moderación constante en la interpretación. **Debe** comprender el examen radioscópico y el cliché radiográfico: de aquí deriva una nueva necesidad de cooperación entre los servicios

de higiene infantil y de fisiología.

La investigación del bacilo es otra de las investigaciones que puede practicarse y debe comprender: primero el examen directo, segundo la homogeneización y tercero la inoculación al cuyo. En lo relativo a este último punto, hay que recordar que la inoculación puede determinar una forma especial de tuberculosis, atendida, sin nódulo de inoculación, solamente ganglionar. En el diagnóstico de primo-infección, que es la que corresponde a los niños de la primera infancia, estas últimas investigaciones no son una necesidad.

Hay otros recursos diagnósticos, que no he empleado y en los que, como la reacción de fijación de! complemento de Besredka, la reacción de floculación de Vernes, la del antígeno metílico de Boquet y Negre, etc. por dar unos resultados equívocos, otras por no ser

específica?, otras por ser de técnica delicada o por su gran sensibilidad a influencias que no son siempre conocidas, constituyen obstáculos grandes a su empleo por lo menos en nuestro-medio y en el grupo social que considero.

Niños ya inscritos. - En cuanto a los que ya han sido inscritos y estudiados, son aplicables en general los mismos métodos de diagnósticos que en los de primera consulta, sólo que conociendo ya más o menos la evolución de sus condiciones físicas y patológicas, se tiene ya una orientación para saber en quienes hay justificación clínica de búsqueda física.

El diagnóstico clínico de la tuberculosis en la primera infancia es difícil y su dificultad deriva especialmente de que muy a menudo su sintomatología se reduce a un solo síntoma que, por otra parte, no le pertenece en propiedad; es por esto que solo señalaré

los datos orientadores del diagnóstico que más tarde, la cuti-reacción, la radiografía y los exámenes de laboratorio se encargarán de marcar su valor.

¿En quiénes debe sospecharse? Fuera de los casos sospechosos por los datos recogidos por el interrogatorio y que son en todo iguales a los señalados al tratar de los niños de primer ingreso, debe pensarse en la posibilidad de tuberculosis en los casos de hipotrofia fin etiología clara y rebelde al tratamiento, y en especial si este estado se presenta algo tardíamente, al fin del primer año o a principios del segundo; más sospechoso será el caso cuando a este estado de hipotrofia se añada la rubicundez cianótica de los labios, encías y uñas, el pelo sedoso, graso y brillante, cejas y pestañas largas y abundantes; lanudo abundante cubriendo la frente, región temporal, brazos y región lumbar, piel húmeda y sudores profusos.

Deben considerarse igualmente sospechosos los niños con ataques frecuentes y duraderos de bronquitis y en especial cuando se advierta una progresiva intensidad y una manifiesta gravitación en cada ataque, cuando estas bronquitis se localicen sistemáticamente a un pulmón o a un lobo pulmonar y cuando la *tos* tenga carácter metálico, denotante o cuqueluchoide; en todo estado febril de repetición sin causa aparente; en los casos de supurado-

nes crónicas del oído medio con perforaciones múltiples del tímpano, granulaciones en la mucosa y fístulas óseas del conducto; en las evoluciones atípicas de los cuadros infecciosos pulmonares, especialmente las neumonías y bronconeumonías, en las complicaciones de la coqueluche, del sarampión, difteria y gripa; en los niños con vientre meteorizado crónicamente y con sangre en las evacuaciones; en los niños con meningitis, especialmente sub-aguda o con eritema nodoso; hay en fin, síntomas que, cuando se . presentan dan un valor grandísimo a la sospecha, casi la afirman, son: la tos bitonal, el cornaje ex-piratorio, la queratitis flictenular recidivante, la espina ventosa y las tuberculides pápulo necróticas Una vez despertada la sospecha por la existencia de alguno o algunos de los datos anteriores, la cuti-reacción nos ayudará de manera casi decisiva a resolver el problema.

La cuti-reacción es el recurso más seguro de diagnóstico de la tuberculosis en la primera infancia; su valor diagnóstico, que está en razón inversa *de* la edad del sujeto, es de importancia indiscutible en la primera infancia y en ella suple a la pobreza del cuadro clínico, permitiendo afirmar o negar la existencia de la infección. La cuti-reacción es el único recurso que nos permitirá re-conocer, cuando su práctica sea sistemática, los casos de tuberculosis florida, sin algún síntoma

clínico. Ahora bien, hay que tener en consideración que según las estadísticas de Debré y Joan-non, estos casos se presentan un 15.38% de los casos de tuberculosis en la primera edad. La cuti-reacción es el recurso diagnóstico más seguro, más económico, más sencillo, más inocente y más práctico de realizar.

Una cuti-reacción positiva revela la existencia de infección tuberculosa en el sujeto que la presenta, en un niño menor de un año no hay tuberculosis en reposo y por tanto positiva, significa tuberculosis evolutiva; de uno a dos años, pueden observarse formas no evolutivas, pero son muy raras y la cuti-reacción sigue teniendo un valor considerable; después de dos años, la tuberculosis en reposo es tanto mayor cuanto la edad del niño es más grande y su valor diagnóstico, mediocre después de dos años, es nula en el adulto, por lo menos en lo relativo a la evolución del mal.

La cuti-reacción positiva es común a la tuberculosis y a la va-

cunación por el B. C. G. y esta circunstancia, que en otras partes motivo de dudas, deja de serlo en nuestro medio, en que, por circunstancias varias, pero muy **deprorables** todas, no se ha practicado, por lo menos que yo sepa este interesante medio profiláctico en caso alguno.

Si la cutirreacion es negativa, podrá afirmarse la no existencia de la tuberculosis, siempre que, practicada con técnica correcta, el niño que la presente no esté bajo la influencia de alguna causa de energía. En la primera infancia el más importante factor de energía es el del período anti-alérgico del mal que puede durar hasta cuatro meses; en estado preagónico la cuti-reacción puede mostrarse negativa aún existiendo la infección al igual que en el período agudo de algunas enfermedades como la gripa, la coqueluche, la neumonía y especialmente el sarampión. En los casos de tratamiento sostenido e intenso por la tuberculina, la cuti-reacción

puede ser negativa aún en presencia del mal.

En niños sospechosos con cuti-reacción negativa, debe practicarse una nueva prueba y eliminar los factores de anergia antes de afirmar la no existencia del **mal**. En los niños sospechosos y **con** cuti-reacción positiva deben continuarse las investigaciones radiológicas y de laboratorio como en los casos de primer ingreso.

En todo caso comprobado o sospechoso deberá buscarse el foco de contagio, que servirá, en el primer caso a la profilaxis y en el segundo al diagnóstico.

El examen físico del niño en lo que respecta al aparato respiratorio no da dato alguno de verdadera importancia. La percusión y la auscultación no son fáciles de practicar y dan a menudo resultados equívocos como consecuencia de la conformación especial del tórax del niño, de su poco espesor, y de la dificultad de lograr una respiración amplia y regular. Los ganglios traqueo-bronquitis son en la mayoría de los casos, demasiado pequeños, profundos y blandos para dar algún trastorno funcional o signo acústico que se pueda, de manera indudable, interpretar por la percusión o auscultación. En la primera infancia se impone una gran reserva en la interpretación de las anormalidades encontradas especialmente por la auscultación.

El diagnóstico de la tuberculosis en la primera infancia debe ser el resultado de la conjunción

proporcionada de los datos de la **cuti-reacción**, de la investigación del foco de contagio de la radiología, de la exploración física y del laboratorio. No se deberá sacrificar jamás el interés primario del enfermo a la suficiencia más o menos vanidosa del oído como tampoco anular el juicio crítico ante el **gereoglífico** de una película.

Ya diagnosticada la tuberculosis en el niño, cabe y debe resolverse qué forma clínica reviste. Todos los medios que he señalado así como la evolución del padecimiento nos suministran datos más o menos valiosos, pero todos útiles, para establecer su forma clínica y por ende, una fase del pronóstico.

Para la clasificación de estas formas clínicas he adoptado la del Doctor Genoso **Lchiavone** por **parecerme** más cerca de la clínica que de la patología.

Ya sobre esta base, la afirmación del diagnóstico, podremos ir resolviendo, con mayores o menores dificultades, la multitud de problemas que sobre este mal y en esta edad, en nuestro medio, ignoramos.

No dudo que en este programa de acción haya omisiones y defectos, no importa, ya serán llenadas unas y corregidos los otros, lo que interesa es tener un camino de acción y sobre él trabajar, estudiar y aprender,

CONCLUSIONES

I*¹—Desconocemos muchos problemas de la tuberculosis en

los niños de la primera infancia.

II.—En los Centros de Higiene podemos y debemos estudiar la tuberculosis infantil.

III.—Necesitamos una colaboración más estrecha y efectiva entre los servicios de Higiene Infantil y de "Fisiología. IV.—La cuti-reacción debe ser

practicada sistemáticamente en todo niño de primer ingreso y en todo sospechoso ya inscrito.

V. — En el diagnóstico de la tuberculosis infantil, el conocimiento de un foco de contagio, es de capital importancia.

La vacunoterapia preoperatoria de los fibromas uterinos infectados

Los doctores Enrique Molin y Francisco Condamín, de Lyon (*Lyon Medical*, 15 marzo 1931) creen que la vacunoterapia preventiva ejerce una influencia evidente sobre las consecuencias operatorias, pareciendo éstas ser más sencillas, más benignas, con menos complicaciones en las enfermas que van a la intervención casi siempre en los límites de su resistencia física. Los autores citados han visto la cifra de la mortalidad, en estos fibromas infectados, de pronóstico grave, disminuir muchísimo. En tanto que la mortalidad es de 5 por 100 en los fibromas simples, sube hasta 18 por 100 para el conjunto de los fibromas infectados y a 33 por 100 de los fibromas esfacelados y supurados (cifra que llega hasta 61 por 100 en algunas estadísticas), Muy estrictos en las indicaciones operatorias de los fibromas, Molin y Condamín encuen-

tran en su estadística una elevada proporción de fibromas complicados: 159 (con 27 defunciones) contra 246 fibromas simples (con 13 defunciones). En una serie de 37 fibromas que fueron sometidos a la vacunación preoperatoria, de los cuales 25 estaban complicados con infección y en los que la intervención parecía deber ser grave, con todas las complicaciones habituales posibles, los autores no han tenido más que una sola defunción, lo cual reduce la mortalidad para el conjunto a menos de 3 por 100 y para las formas complicadas (25) a 4 por 100. La morbilidad ha sido muy escasa (una flebitis, una parotiditis y una complicación pulmonar grave).

Es por ello, y datos estos resultados tan alentadores, que Molin y Condamín recomiendan cada vez más la vacunoterapia preven-